

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE															
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP		1410	HBAGA		B	1309218590		1309218590							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO		EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VERA		LOOR		CRISTIAN		JAVIER		F	28/10/1977		48	H	D	M	A
															X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	X	DERIVACIÓN								
0963665605 / 0984870555							MOTIVO								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.		X						
PROVINCIA					2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.		X						
CANTON					3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutiva		X						
PARROQUIA					4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X						
MANABI					5. Problemas de infraestructura.										
BOLIVAR															
CALCETA															

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	TRAUMATOLOGIA

MASCULINO DE 47 AÑOS DE EDAD APP: NO REFIERE. AQX: HERNIOPLASTIA INGUINAL DERECHA. VASECTOMIA. ALERGIAS: NO REFIERE. APF: ABUELO MATERNO HTA. QUE ACUDE A ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 20 DIAS DE EVOLUCION CARCATERIZADO POR DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD E INFLAMACION EN RODILLA IZQUIERDA, CON LIMITACION EN LA MARCHA. REFIERE COMO ANTECEDENTE SE ENCONTRABA JUGANDO FUTBOL E HIZO UN MOVIMIENTO BRUSCO REPENTINO TRAS EL CUAL SE PRESENTÓ LA SINTOMATOLOGÍA ANTES DESCRITA. SE REALIZA TERPIAS DE REHABILITACION EN PATRONATO MUNICIPAL SIN MEJORIA CLINICA. SE REALIZA RX DE RODILLA IZQUIERDA EL 08/09/2025 Y POSTERIOR RMN DE RODILLA IZQUIERDA EL 17/09/2025 CON REPORTE DE LESION EN AMBOS MENISCOS.

2. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

DIAGNOSTICO		PRE-PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA				M238		X	4.					
							5.					
							6.					

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
2025-09-29	09H00	MARCO	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO
1311550667			

5. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO				DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO	
CONTRAREFERENCIA ☐					REFERENCIA INVERSA ☐				

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTIENE/REFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

F. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAEEPIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
- INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

7. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

J. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

5. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO	PRE = PRESENTIVO	DEF = DEFINITIVO	C/E	PRE	DEF			C/E	PRE	DEF
						4.				
						5.				
						6.				

3. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE	

I. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (dd/aa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		FIRMA		SELLO